

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 15

DE
L'OSTÉO-SARCOME
du bord supéro-interne de l'Orbite

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH EMPTOZ

Né à Lyon, le 3 octobre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 15

DE

L'OSTÉO-SARCOME

du bord supéro-interne de l'Orbite

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH EMPTOZ

Né à Lyon, le 3 octobre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARIOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.) agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PIAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD
			CAUSSE, ch ..

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur
MM. VALLAS et FABRE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer nos sentiments de reconnaissance et de gratitude à tous les maîtres qui nous ont dirigé dans nos études.

M. le professeur Jaboulay qui nous a inspiré cette thèse nous fait un grand honneur en en acceptant la présidence; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

C'est à M. le docteur Viannay, préparateur du cours de Médecine opératoire à la Faculté de Lyon, que nous devons l'idée première et la direction générale de ce travail. Nous sommes heureux de le remercier de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et des conseils qu'il nous a prodigués pour mener notre thèse à bonne fin.

Nous n'avons garde d'oublier nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Grenoble, MM. les professeurs Bordier, Directeur de l'Ecole; Girard, Comte, Perriol, Porte, Cibert qui, dès le début, nous ont guidé dans l'étude de la médecine, nous prodiguant tous les jours leur science et leur talent. Qu'ils veuillent bien recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.

Enfin, n'oublions pas nos amis d'études et les bons camarades que nous avons trouvés durant notre scolarité, soit à Lyon, soit à Grenoble; nous en gardons le plus affectueux souvenir.

INTRODUCTION

HISTORIQUE

L'ostéo-sarcome de l'orbite est rare. Delarue le considère comme exceptionnel. Mackenzie ne rapporte que des observations où l'orbite fut affecté secondairement. Demarquay qui, dans sa thèse d'agrégation (1853), étudia les tumeurs de l'orbite, puis écrivit, en 1860, un traité sur ce sujet, décrit l'ostéo-sarcome comme très rarement primitif et ne lui reconnaît, d'ailleurs, aucun caractère spécial. Jusqu'ici, l'ostéo-sarcome, né de la paroi orbitaire, est donc très mal connu et semble, en tout cas, une rare exception. Mais les travaux se multiplient bientôt sur la question ; des observations nouvelles apparaissent : Barbot étudie, dans une thèse de Paris, en 1877 « les sarcomes de l'orbite » ; Dufail reprend la même étude dans sa thèse, en 1882. Tous deux accordent une mention à l'ostéo-sarcome. Mais, en même temps que les observations se multiplient, une nouvelle question ne tarde pas à se poser, qui met

en doute l'existence propre et légitime des ostéo-sarcomes nés de la paroi orbitaire. En effet, l'orbite est entouré, dans sa partie supéro-interne surtout, par un grand nombre de cavités qui peuvent à leur tour être le point de départ d'ostéo-sarcomes. Les cavités en question n'étant séparées de l'orbite que par de minces cloisons, une tumeur maligne née de l'une quelconque de ces cavités, ne tarde pas à envahir les autres. On voit donc, dès à présent, toute la difficulté du problème : étant donné une tumeur qui envahit à la fois l'orbite et les cavités accessoires de la face (sinus frontal, fosses nasales), qui est à cheval sur les deux, quel en est le point de départ ? Telle est la question. Or, beaucoup d'auteurs actuels prétendent que le point de départ d'une semblable tumeur est toujours dans les cavités qui entourent l'orbite. non dans la paroi orbitaire elle-même ; c'est la négation de l'ostéo-sarcome de l'orbite, et il n'y a plus, désormais, que des ostéo-sarcomes du sinus frontal ou des fosses nasales, propagés à l'orbite. Telle est l'opinion à laquelle se range Chauvel qui étudie la question dans le *Dictionnaire Encyclopédique* ; telle est encore l'opinion de de Wecker qui a, en ophtalmologie, une si grande autorité ; c'est aussi celle de Delens dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

Cependant, cette opinion est contestable ; s'il n'est pas douteux que certaines tumeurs sarcomateuses des parois orbitaires ne sont que des sarcomes du sinus frontal propagés à l'orbite, nous apportons une observation, recueillie à la clinique de M. le

Professeur Jaboulay, qui prouve nettement l'existence de sarcome développé aux dépens des parois orbitaires, sans que le sinus frontal soit pris, ni aucune autre des cavités qui entourent l'orbite. Cette observation n'est peut être pas seule de son espèce. Bref, il existe un ostéo-sarcome de la paroi orbitaire, pour rares qu'en soient les exemples. Cette tumeur peut, en outre, occuper le bord supéro-interne de l'orbite, comme dans notre observation. Or, cette localisation imprime à la maladie une physionomie clinique spéciale. Au double point de vue anatomique et clinique, l'ostéo-sarcome mérite donc d'être décrit à part. C'est cette description que nous allons entreprendre en nous tenant à peu près exclusivement sur le terrain clinique. Nous n'avons, en effet, rien de nouveau à ajouter sur la pathogénie, ni sur l'anatomie pathologique de cette affection ; c'est l'anatomie pathologique et la pathogénie, si mal connues d'ailleurs, de tous les ostéo-sarcomes.

Après avoir étudié cliniquement la question des tumeurs sarcomateuses de la paroi supéro-interne de l'orbite, nous consacrerons un second chapitre au diagnostic de cette affection et nous verrons comment on peut la distinguer des tumeurs si variées de l'orbite et des cavités voisines.

En dernier lieu, nous dirons quelques mots du pronostic de cette affection et du traitement qui lui convient.

CHAPITRE I

L'ostéo-sarcome du bord supéro-interne de l'orbite ne reste pas longtemps limité à son point de départ. En raison de sa minceur, la paroi interne de l'orbite est vite détruite, et le tissu néoplasique envahit assez rapidement les cavités voisines. Aussi, la variété de sarcomes que nous allons étudier devient-elle bientôt une tumeur à cheval, en quelque sorte, sur plusieurs cavités.

Il nous paraît indispensable, pour mieux comprendre la variété des symptômes qui résultent de cette disposition, de placer, au début de ce chapitre, une courte étude anatomique de la paroi interne de la cavité orbitaire.

Après cette étude se placera tout naturellement notre observation qui sera suivie de l'étude symptomatique de l'ostéo-sarcome du bord interne de l'orbite.

A. — Etude anatomique de la paroi interne de l'orbite.

La paroi interne de l'orbite a la forme d'un quadrilatère à peu près parallèle au plan médian ; elle présente, cependant, une légère convexité externe, ce qui augmente encore la difficulté qu'on éprouve à pénétrer dans l'orbite du côté interne.

Cette paroi interne est la plus longue des quatre parois qui limitent la cavité orbitaire ; elle est aussi, et ceci est bien plus important, la plus fragile. Sa minceur est extrême, principalement au niveau de l'os planum de l'ethmoïde. Cet os constitue la pièce centrale de la paroi orbitaire interne, mais elle ne constitue pas cette paroi tout entière ; l'os planum se continue, en effet, en arrière avec la face externe du corps du sphénoïde, en avant avec l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur. La paroi orbitaire interne est donc constituée par la réunion de quatre os : le sphénoïde, l'ethmoïde, l'unguis et le maxillaire supérieur ; on peut voir nettement, sur cette face, les sutures qui réunissent entre eux ces quatre os. On voit, en outre, à l'endroit où la face interne de l'orbite se continue avec la face supérieure, c'est-à-dire à l'angle supéro-interne de l'orbite, la suture qui réunit l'os planum à la partie orbitaire de l'os frontal. Enfin, en bas, une autre suture occupe l'angle inféro-interne de l'orbite ; elle réunit l'os planum à la face orbitaire du maxillaire supérieur.

La paroi interne de l'orbite nous présente encore

d'autres détails intéressants : d'abord, au niveau de l'angle supéro-interne, sur la suture fronto-ethmoïdale, se trouvent deux orifices ; ce sont les deux orifices orbitaires des conduits ethmoïdaux ou orbitaires internes qui communiquent, d'autre part, avec les gouttières olfactives.

Le postérieur livre passage à l'artère ethmoïdale postérieure et à un petit filet nerveux décrit par Lucka ; l'antérieur à l'artère ethmoïdale antérieure, ainsi qu'au filet ethmoïdal du nerf nasal. Enfin un orifice arrondi, le trou du canal optique, traversé par le nerf optique et l'artère ophtalmique est situé tout à fait en arrière de la face interne de l'orbite et ordinairement rattaché à cette face. En avant nous rencontrons une gouttière toujours très marquée ; la gouttière lacrymo-nasale, située immédiatement en arrière de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui contribue à la former par sa réunion avec l'os unguis. Cette gouttière est légèrement oblique de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière : elle se continue en bas avec le canal nasal.

Au point de vue spécial qui nous occupe, les rapports de la paroi interne de l'orbite sont aussi importants à étudier du côté de la cavité orbitaire que du côté du plan médian.

Du côté de la cavité orbitaire, la paroi interne répond à trois organes importants : le globe oculaire tout d'abord, entouré de sa capsule de Tenon, n'en est séparé que par deux muscles placés l'un au dessous de l'autre : l'un, le muscle droit interne de l'œil s'insère en arrière à l'anneau fibreux que for-

ment, autour du nerf optique, les insertions postérieures des quatre muscles droits; en avant, son tendon s'épanouit sur la sclérotique à 5 ou 6 millimètres de la circonférence de la cornée.

L'autre occupe la partie toute supérieure de la région; c'est le muscle grand oblique qui, se fixant au fond de l'orbite, au pourtour de la gaine du nerf optique, se dirige d'arrière en avant le long de l'angle supéro-interne de l'orbite, entre le droit supérieur et le droit interne. Arrivé à la partie antérieure de l'orbite, il se termine par un tendon qui s'engage dans un petit anneau fibreux désigné sous le nom de poulie de réflexion du muscle grand oblique. La direction de ce tendon devient alors antéro-postérieure et son extrémité va se fixer en arrière du globe oculaire et au-dessus de lui. L'artère nasale affecte aussi, avec la paroi interne de l'orbite, des rapports immédiats; nous avons vu qu'elle donnait à ce niveau les deux artères ethmoïdales antérieure et postérieure. Le nerf nasal est le seul nerf visible sur la face interne de l'orbite; il chemine d'arrière en avant entre les muscles grand oblique et droit interne.

La paroi interne de l'orbite répond, en arrière du globe oculaire, à l'artère ophtalmique, à la veine du même nom, ainsi qu'à tous les nerfs de l'œil, le tout plongé dans le tissu cellulo-grasieux rétro-orbitaire.

Enfin, en avant du globe oculaire, cette même paroi orbitaire interne est encore en rapport avec le sac lacrymal, les conduits lacrymaux et le muscle de Horner, le tout recouvert par l'extrémité interne des

paupières et la portion de la conjonctive qui forme la caroncule lacrymale.

Les rapports de la paroi orbitaire interne du côté du plan médian sont encore plus importants. C'est de ce côté que les ostéo-sarcomes pourront se développer, après avoir effondré la partie si mince sur laquelle ils ont pris naissance ; ils trouveront alors devant eux une série de cavités de significations diverses et, tout d'abord, dans la partie la plus élevée et la plus antérieure, le sinus frontal ; à la vérité ce sinus répond surtout à la partie supérieure de l'orbite, néanmoins on comprend fort bien que toute tumeur née sur la paroi orbitaire interne puisse facilement y envoyer des prolongements. Au dessous des sinus frontaux, la paroi orbitaire répond aux cellules ethmoïdales et aux fosses nasales. C'est la région du cornet supérieur et du cornet moyen, avec leurs méats respectifs qui affectent seuls des rapports immédiats avec l'orbite ; le cornet inférieur s'insère sur un plan situé plus au-dessous. Enfin, en avant, deux conduits importants, aboutissant tous les deux dans les fosses nasales, longent la paroi interne de l'orbite. Ce sont, le premier, le canal nasal qui fait suite à la gouttière lacrymo-nasale que nous avons étudiée ; il aboutit à la partie antérieure du méat inférieur, sa direction est oblique en bas, en arrière et en dehors. Le second conduit a reçu le nom de gouttière de l'infundibulum ; s'ouvrant en haut dans le sinus frontal, il se dirige obliquement en bas et en arrière et s'ouvre en bas dans le méat moyen.

Telle est, dans ses détails, l'anatomie de la paroi

interne de l'orbite ; c'est une cloison verticale antéro-postérieure, très mince et très fragile. En dehors d'elle se trouve le globe oculaire avec les muscles, les nerfs et les vaisseaux qui sont disposés à sa surface, en dedans une série de cavités qui sont toutes une dépendance des fosses nasales.

B. — Observations.

OBSERVATION I

(Inédite.)

(Rédigée d'après les notes recueillies par M. CAVAILLON, interne de la clinique de M. le professeur JABOULAY.)

Marie G..., 65 ans, couturière.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants ; parents morts âgés, plusieurs frères ou sœurs morts en bas âge.

Personnellement, pas d'affections antérieures.

Début de l'affection actuelle il y a quatre mois ; la malade qui exerce la profession de couturière, n'a pu continuer à coudre ; elle ne pouvait plus fixer son travail.

Quelques jours après, elle s'aperçut d'une tuméfaction de la région sourcillière interne et de l'angle interne de l'œil gauche ; cette tuméfaction était intermittente et devenait plus volumineuse à certains moments.

A l'entrée à l'hôpital on constate l'existence, dans l'angle interne de l'œil gauche, d'une tuméfaction ayant le volume d'une grosse noix. Cette tuméfaction imprime une légère voussure à l'extrémité interne de la paupière supérieure ; elle empiète sur la racine du nez dont elle soulève le versant gauche dans sa partie toute supérieure.

L'œil est déjeté en dehors, très peu projeté en avant. La fente palpébrale est peu modifiée ; la queue du sourcil

paraît abaissée. La tumeur en question est pulsatile, mais non réductible ; la pression est douloureuse à son niveau.

Les troubles fonctionnels sont très peu accusés ; ils se réduisent à ce fait que la malade ne peut pas fixer les objets.

A part cela, la vision est conservée ; pas de diplopie. Pas de troubles de compression des muscles ni des nerfs ; la musculature externe de l'œil fonctionne parfaitement ; la pupille réagit normalement. Pas d'anesthésie cornéenne, pas d'anesthésie dans le domaine du sus-orbitaire et du sous-orbitaire.

Aucun symptôme de compression cérébrale.

Depuis six jours, la malade a eu quelques épistaxis ; elle mouchait fréquemment du sang depuis quelque temps.

Il y a de l'épiphora.

Adénites sous-maxillaires et sus-claviculaires (dents mauvaises). Au cou, gros corps thyroïde depuis l'enfance.

Rien au cœur.

Intervention le 4 novembre 1902. — Incision verticale au niveau de la tumeur, se prolongeant sur la racine du nez. On arrive rapidement sur la tumeur qui est composée d'un tissu friable ayant l'aspect du frai de poisson, et dans lequel l'élément vasculaire est très développé. Avec le doigt et la pointe de ciseaux mousses, on extirpe la partie saillante de la tumeur. On tamponne un instant la cavité créée par ces manœuvres pour arrêter l'hémorrhagie, qui est assez abondante ; on explore ensuite le fond de cette cavité pour se rendre compte des connexions de la tumeur. Le doigt pénètre directement et sans obstacle dans le sinus frontal à travers la paroi orbitaire interne détruite ; la paroi orbitaire supérieure, elle-même, au point où elle se continue avec la paroi interne, a été usée par le tissu néoplasique. *Dans le sinus frontal, qu'on voit parfaitement et dans lequel on peut mettre le doigt, on ne constate la présence d'aucune masse néoplasique. La paroi supéro-interne de l'orbite a donc été le point de départ de la tumeur.* Après l'ablation complète des

masses sarcomateuses, on aperçoit, au fond de la plaie, un coin de la dure-mère qui revêt la portion orbitaire de la base du crâne. On borne là l'opération forcément incomplète ; on tamponne la cavité laissée par l'ablation de la tumeur et on applique un pansement.

Quelques jours après, on enlève les tampons ; on a une cavité, à parois bourgeonnantes, au fond de laquelle on aperçoit les fosses nasales ; une injection faite dans cette cavité ressort d'ailleurs par le nez.

De notre observation, nous pouvons rapprocher les deux observations suivantes que donne Demarquay dans son « *Traité des tumeurs de l'orbite* ». Ces observations sont succinctes et manquent de contrôle, soit opératoire, soit nécropsique ; malgré cela, et sans nous faire d'illusions sur les objections qui peuvent être faites à cette manière de voir, nous pensons que ces observations se rapportent à des cas d'ostéo-sarcomes du bord supéro-interne de l'orbite, comme chez la malade de M. le professeur Jaboulay. C'est du reste au chapitre *ostéo-sarcomes de l'orbite* que Demarquay les cite :

OBSERVATION I

Dans une observation du même auteur (J. L. Petit), il s'agit d'un homme de 50 ans, dont l'œil gauche faisait en avant et en dehors, une saillie d'un demi-pouce. Il existait, à l'angle interne de l'œil, une tumeur dure, offrant des pulsations isochrones à celles du poulx. Plusieurs chirurgiens crurent à un anévrysme, mais on n'entendait aucun

bruissement dans la tumeur. J.-L. Petit diagnostiqua un sarcome produit dans les lames spongieuses de l'ethmoïde; il attribua les battements au choc du cerveau sur l'ethmoïde cornifié.

OBSERVATION II

M. M..., docteur en médecine à Remiremont, âgé de 65 ans, reçut en 1837, un coup de pied de cheval à l'union des os propres du nez avec le coronal. Cette atteinte fut immédiatement suivie d'une hémorrhagie nasale si abondante, qu'elle mit les jours du malade en danger. Depuis le moment de l'accident, M. M... conserva, dans la région de l'ethmoïde, une douleur sourde qui revenait surtout le soir, sous forme d'accès. Peu à peu il se développa, dans la région ethmoïdienne, une tumeur qui prit de l'accroissement surtout dans la portion de cet os correspondant à chaque orbite. Il en résulta un exorbitisme externe qui alla en augmentant chaque jour. Tout à coup, on vit surgir à l'articulation de chaque os propre du nez avec le coronal, deux petits mamelons rouges comme des *nævi materni* sanguins, lesquels s'ouvrirent et donnèrent lieu à d'abondantes hémorrhagies; la santé du malade se détériora et il succomba avec tous les symptômes de l'anémie. L'autopsie ne put être faite.

Il semble bien qu'il s'est agi là d'un sarcome très vasculaire. Toutefois, nous l'avons dit, une grosse objection est possible : il n'y a pas de contrôle anatomique.

Mais il existe quelques observations plus récentes où l'examen anatomique a été fait, et qui rappellent, à peu de choses près, le cas de la malade de M. Jaboulay.

Voici deux observations de Pergens, publiées dans les *Annales d'Oculistique* (février 1900).

OBSERVATION III

Jeune homme de 28 ans. Tumeur siégeant à la partie supéro-interne de l'orbite droit. Vision normale. Extirpation d'une tumeur grosse comme une noisette.

La tumeur part du périoste de l'ethmoïde et du frontal. Huit mois après, récurrence orbitaire, métastase ganglionnaire (ganglions pré-auriculaires, sub-maxillaires, supra-claviculaires) et métastase viscérale (foie, mésentère). Pas de nouvelle opération jugée inutile.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un angio-sarcome à petites cellules arrondies.

OBSERVATION IV

Tumeur siégeant à l'angle interne de l'œil, d'où elle s'étend jusqu'à un travers de doigt au dessus de l'arcade sourcilière. On crut à un angiome. Ligature du pédoncule faite inutilement. Opération radicale au bistouri. La tumeur envahit le frontal. Un an après, grave récurrence de la tumeur qui occupe le front jusqu'à la tempe gauche. Nouvelle extirpation. Au bout de dix mois, nouvelle récurrence. Au microscope, seulement des éléments fibreux ; pas d'éléments sarcomateux.

Bien qu'anatomiquement il se soit agi là d'un fibrome, nous l'avons rapproché des sarcomes parce que, cliniquement, il s'agit d'un fibrome malin qui s'est comporté comme un sarcome.

Ces deux observations de Pergens sont malheureusement peu détaillées au point de vue sympto-

matique. Elles établissent néanmoins l'existence des ostéo-sarcomes de la paroi supéro-interne de l'orbite. Il en est de même d'une autre observation de Lagrange ; il s'agit d'une femme présentée par Lagrange à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, le 12 avril 1897. Cette femme était atteinte d'un ostéo-sarcome du front et de l'orbite. Lagrange attire l'attention sur deux particularités de cette tumeur : l'influence nette d'un traumatisme sur son développement et l'engorgement ganglionnaire survenu trois mois après la tumeur. L'examen histologique montra qu'on avait affaire à un sarcome mou globo-cellulaire.

C. Symptomatologie.

Les observations qui précèdent vont nous permettre de dégager le type clinique réalisé par l'ostéo-sarcome du bord supéro-interne de l'orbite.

Etudions d'abord analytiquement les différents symptômes qui trahissent l'existence de la variété de néoplasme qui nous occupe ; nous verrons ensuite comment ces symptômes se groupent pour former le tableau clinique particulier à cette affection.

Les symptômes du sarcome du bord supéro-interne de l'orbite sont les uns subjectifs, les autres objectifs. Les premiers sont variables et peu accentués ; les seconds, au contraire, attirent immédiatement l'attention : ce sont eux qui font faire le diagnostic.

I. SYMPTÔMES SUBJECTIFS

Ils sont très variables, en tous cas peu intenses.

L'œil n'est pas douloureux; la vision est normale. Voilà ce qui frappe dans l'observation du malade de M. Jaboulay; il en est de même dans l'observation de Pergens (Obs. III). Chez notre malade, malgré la déviation de l'œil en dehors, il n'y a pas eu de diplopie. Le seul trouble subjectif observé est assez spécial pour que nous y insistions et pour que nous fassions remarquer son apparition précoce: c'est l'impossibilité de fixer longtemps un même objet. C'est là, en effet, le premier signe qui a attiré l'attention de la malade que nous avons observée.

Mais, si les symptômes subjectifs de l'ostéo-sarcome de l'orbite sont peu accentués, leur peu d'intensité ou leur absence totale est justement un signe important, qui distingue les ostéo-sarcomes des autres tumeurs nées dans le fond de la cavité orbitaire; ces dernières, en effet, produisent rapidement des douleurs occupant l'œil ou le fond de l'orbite, et des troubles de la vision qui peuvent aller jusqu'à la cécité complète. Les néoplasmes nés sur les parties latérales de la cavité, la variété de sarcome que nous étudions, en particulier, ne donnent pas lieu à des troubles subjectifs aussi accentués.

2. SYMPTÔMES OBJECTIFS.

Ceux-là sont beaucoup plus nets, beaucoup plus caractéristiques aussi : ils attirent de suite l'atten-

tion du chirurgien. Ce sont : a). l'existence d'une tumeur ; b). la déviation du globe de l'œil en dehors et un peu en avant.

a). *La tumeur apparaît à la partie interne et supérieure de l'orbite* ; elle soulève la paupière supérieure et l'arcade sourcilière dans leur partie interne, ainsi que la partie toute supérieure de la racine du nez, tout cela au début, naturellement, car, plus tard, le cancer s'étend et envahit le frontal. La consistance de la tumeur est celle de tous les sarcomes, c'est-à-dire variable, tantôt dure comme un fibrome, plus souvent molle, au point quelquefois de déterminer une fausse fluctuation. Arrondie, lisse, d'autrefois lobulée, elle peut, comme dans le cas que nous avons observé, être animée de battements.

b). La déviation du globe de l'œil est un symptôme capital. *Cette déviation se fait encore plus en dehors qu'en avant* : l'exophtalmie existe, mais elle est peu marquée ; *l'œil est surtout déjeté en dehors*. C'est là une différence essentielle et frappante entre le sarcome du bord supéro-interne et toute tumeur naissant dans les parties profondes de la cavité orbitaire. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur ce fait au diagnostic.

Tumeur à la partie supéro-interne de l'orbite et déviation de l'œil en dehors, tels sont les symptômes capitaux. Mais, à côté de ces signes positifs, il est un signe négatif qui a une importance très grande : c'est le *peu d'intensité ou l'absence totale de signes de compression du côté des nerfs ou des muscles de*

l'œil. A ce point de vue encore, la différence avec une tumeur née dans le fond de la cavité orbitaire est considérable ; l'anatomie nous en donne l'explication évidente. Donc, pas de paralysie de la musculature externe, pas de paralysie de la musculature interne de l'œil, réactions pupillaires normales, sensibilité conservée sur les territoires cutanés ou muqueux des nerfs qui passent dans l'orbite, la sensibilité cornéenne en particulier. Pas non plus d'altération du nerf optique, ni du fond d'œil.

L'appareil lacrymal pourtant se trouve juste sur le trajet de la tumeur et peut être comprimé ; c'est ce qui explique l'épiphora observé chez notre malade.

Rappelons enfin les épistaxis qui ont été notés dans notre observation.

Telle est l'analyse des symptômes observés. L'évolution en est rapide. Nous pourrions, si nous ne craignons pas d'être trop schématique, appliquer à l'ostéosarcome du bord supéro-interne de l'orbite la division qui s'applique à toutes les tumeurs de cette cavité. Nous distinguerions alors une période latente où la tumeur n'a pas encore fait son apparition (remarquons que cette période est toujours plus courte là que dans les tumeurs à point de départ rétro-oculaire), une période d'état où l'on trouve les deux symptômes, tumeur et déviation de l'œil, enfin une période de généralisation qui survient rapidement et peut se faire dans tous les sens : du côté de la peau, du côté du cerveau, mais surtout du côté des cavités voisines de l'orbite, dans le sinus frontal et dans les fosses nasales.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Les symptômes que nous venons d'étudier forment un tableau clinique assez net ; le diagnostic semble donc au premier abord devoir être facile. Malheureusement il existe, dans l'orbite, bien d'autres tumeurs qui se traduisent par des signes se rapprochant quelquefois beaucoup de ceux de l'ostéosarcome de l'orbite. La plupart des auteurs divisent les tumeurs de l'orbite en deux groupes : 1^o les tumeurs des parois orbitaires (groupe dans lequel rentre l'affection qui fait l'objet de cette étude) ; 2^o les tumeurs qui prennent naissance dans la cavité orbitaire (indépendamment de l'œil et du nerf optique).

D'autre part nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'un des caractères de l'ostéo-sarcome de l'orbite était l'envahissement précoce des cavités voisines. On conçoit sans peine qu'une tumeur maligne ayant pris naissance dans une de ces cavités

et ayant effondré secondairement la paroi interne de l'orbite, puisse réaliser un type clinique très analogue. C'est au point, nous l'avons vu, que beaucoup d'auteurs n'admettent pas l'existence de l'ostéosarcome né de la paroi orbitaire et pensent que les cas qui en ont été signalés ne sont justement que des ostéo-sarcomes des cavités voisines propagés à l'orbite ; nous nous sommes déjà expliqué sur ce point.

Nous étudierons donc le diagnostic de l'ostéosarcome de la paroi supéro-interne de l'orbite :

- A. Avec les tumeurs de la cavité orbitaire.
- B. Avec les tumeurs nées de la paroi orbitaire autres que l'ostéo-sarcome.
- C. Avec les tumeurs des cavités voisines.

A. AVEC LES TUMEURS DE LA CAVITÉ ORBITAIRE

Ces tumeurs sont kystiques, vasculaires, ou solides.

a. Parmi les kystes de l'orbite, *les kystes dermoïdes* occupent, le plus souvent, l'angle interne de la partie antérieure de l'orbite. Le siège est donc à peu près le même que celui de l'ostéo-sarcome. D'autre part, le kyste dermoïde adhère ordinairement au périoste ; d'abord mobile et superficiel, il devient quelquefois adhérent et gagne la profondeur de l'orbite ; il peut même perforer les parois orbitaires pour pénétrer dans les régions voisines. Il y a donc,

on le voit, entre le kyste dermoïde et l'ostéo-sarcome une ressemblance assez grande au point de vue topographique. Mais le diagnostic est néanmoins aisé. L'évolution est totalement différente; le kyste dermoïde apparaît ordinairement à la puberté, son développement est progressif et lent; s'il arrive à repousser, déformer et perforer les parois orbitaires, ce n'est qu'à la longue. Cette marche est bien différente de celle du sarcome qui évolue rapidement et envahit précocement les cavités voisines de l'orbite.

D'autre part, les caractères intrinsèques des deux variétés de tumeurs suffisent à les différencier : le kyste est nettement fluctuant, sa consistance est uniforme. Enfin, et surtout, la ponction d'un kyste dermoïde ramène un liquide ordinairement huileux; la ponction d'un ostéo-sarcome ne ramène qu'un peu de sang, ou même rien du tout.

Parmi les autres tumeurs kystiques de l'orbite, les kystes séreux ont un siège différent de l'ostéo-sarcome qui nous occupe; les kystes parasitaires, à cysticerques ou à échinocoques, sont des raretés qui seront, en tous cas, facilement reconnus par la ponction.

b). Les tumeurs vasculaires de l'orbite présentent ordinairement des symptômes qui les distinguent très nettement de l'ostéo-sarcome : réductibilité, pulsatilité et souffle dans certains cas. Cependant il ne faut pas oublier que certains sarcomes sont très vasculaires et peuvent être le siège de battements et de souffles systoliques. Dans le cas que nous avons

observé, la tumeur était animée de battements. Les tumeurs vasculaires de l'orbite sont pulsatiles ou non.

Les *tumeurs pulsatiles*, sur la nature anatomique desquelles on est si mal fixé, répondent, au contraire, à un tableau clinique très bien différencié et qui, dans la grande majorité des cas, se distinguera facilement du tableau clinique fourni par un ostéo-sarcome du bord supéro-interne de l'orbite. Une tumeur pulsatile se traduit par de l'exophtalmie oblique en bas et en dehors ; il existe, en outre, au dessous de l'arcade orbitaire, surtout dans la partie supéro-interne, des bosselures qui soulèvent la paupière ; tout cela rappelle l'ostéo-sarcome ; mais d'autres symptômes viendront presque toujours en aide pour décider le diagnostic. Ces symptômes sont : les pulsations soit de l'œil, soit des bosselures signalées, le souffle continu à renforcement, le thrill. Enfin, la petite tuméfaction qu'on aperçoit au dessous de l'œil se réduit facilement, l'exophtalmie elle-même est lentement réductible par une pression soutenue ; les troubles de compression du côté des organes contenus dans l'orbite (nerf optique, nerfs moteurs de l'œil, musculature externe de l'œil) sont toujours beaucoup plus accentués que dans l'ostéo-sarcome du bord supéro-interne où nous avons vu qu'ils sont peu intenses. Le diagnostic, on le voit, est facile. Le tout est de ne pas s'en laisser imposer par quelques battements ou un léger souffle.

Parmi les tumeurs non pulsatiles, certain *angiomes caverneux de l'orbite* produisent de l'exophtalmie qui

s'accompagne, au bout d'un temps plus ou moins long, d'une tumeur molle, réductible, sans pulsation, ni souffle, augmentant sous l'influence des cris et des efforts. Mais, outre les caractères de la tumeur qui sont différents de ceux de l'ostéo-sarcome, l'exophtalmie est beaucoup plus souvent directe que latérale.

Restent enfin les varices de l'orbite, affection très rare dans laquelle la partie supéro-interne de la paupière supérieure est soulevée par une tumeur de petit volume. Mais cette tumeur est d'une teinte bleuâtre, elle augmente lorsque le malade penche la tête en avant. Il n'y a pas ordinairement d'exophtalmie.

c). Les tumeurs solides de la cavité orbitaire peuvent, on le conçoit, être prises pour des tumeurs solides, nées sur les parois de cette cavité, en particulier pour l'ostéo-sarcome du bord supéro-interne. Parmi ces tumeurs solides, nous ne nous inquiéterons que de celle qui est de beaucoup la plus fréquente, nous voulons parler du sarcome de l'orbite ; les lipomes de l'orbite sont, en effet douteux, les fibromes aussi, les lymphadénomes sont très rares et se reconnaissent à ce qu'ils sont bilatéraux.

Le *sarcome de l'orbite* évolue en trois phases : dans la première, la tumeur qui prend très ordinairement naissance dans la profondeur de l'orbite, ne se révèle que par des signes très vagues ; diminution de la vision, légères douleurs ; bientôt survient la projection de l'œil en avant ; cette exophtalmie est très accusée et ordinairement directe. Elle s'accom-

pagne de troubles de compression très intenses sur l'œil, ses muscles et ses nerfs. Enfin, dans une troisième phase, la tumeur apparaît extérieurement ; on la voit souvent venir faire saillie à l'angle supéro-interne de l'orbite. Naturellement, le néoplasme peut pousser des prolongements du côté du crâne et des diverses cavités de la face.

La ressemblance n'est, on le voit, pas complète entre le sarcome de la cavité orbitaire et le sarcome des parois. Les deux affections diffèrent surtout par trois grands points qui serviront de base au diagnostic :

Tout d'abord, la tumeur apparaît plus rapidement dans le cas d'ostéo-sarcome ; elle apparaît à peu près en même temps que la déviation oculaire ; et son apparition n'est pas précédée par une période plus ou moins longue où cette déviation existe seule.

D'autre part, les *troubles de compression du côté des muscles de l'œil*, du côté des nerfs sensitifs et moteurs de l'œil, du côté du nerf optique (atrophie du nerf optique aboutissant à la cécité) sont des signes fréquents, très accusés et très précoces dans le sarcome de l'orbite, rares et très peu accentués dans l'ostéo-sarcome. La localisation du néoplasme, différente dans les deux cas, nous donne l'explication de cette différence dans les symptômes.

Enfin, *la déviation du globe oculaire est surtout une exophtalmie dans le cas de sarcome de l'orbite, c'est surtout une déviation en dehors dans le cas d'ostéo-sarcome* ; il peut bien y avoir exophtalmie latérale dans le premier cas, surtout à une période

assez avancée de l'évolution ; il y a bien un peu de projection en avant dans le second, mais ce sont là des déviations peu importantes par rapport à la déviation principale qui est celle que nous avons indiquée.

Cette différence dans le déjettement de l'œil trouve encore tout naturellement son explication dans ce fait que les deux variétés de néoplasmes ont un point de départ différent. Tous les auteurs ont répété qu'une tumeur débutant vers les parties profondes de l'orbite, dans le fond de la cavité, repousse l'œil directement en avant ; toutefois, lorsque cette tumeur s'étend sur les côtés du globe oculaire, pour venir faire saillie à l'angle supéro-interne de l'orbite, ce qui n'est pas rare, l'exophtalmie qui, jusque-là, était directe, devient oblique, l'œil étant refoulé en bas et en dehors. Au contraire, une tumeur née sur les parois orbitaires refoule d'emblée le globe oculaire en dehors. Mais il n'y a pas de règle clinique qui ne comporte des exceptions. M. le professeur Gayet cite une de ces exceptions dans ses cliniques ; il s'agit d'un garçon de 16 ans, chez lequel un exorbitisme se développa rapidement ; l'œil droit était saillant et déplacé en bas et en dehors ; la vision était conservée et il n'y avait pas de symptômes d'étranglement du nerf optique à l'ophtalmoscope. M. Gayet diagnostiqua « une de ces tumeurs développées aux dépens du périoste orbitaire et si bien vascularisées qu'elles doivent à cet appareil sanguin la rapidité de leur développement ». Mais l'extirpation démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes,

ayant pris naissance sur la capsule de Tenon. Aussi M. Gayet conclut-il en modifiant légèrement l'idée classique : « L'exorbitisme avec déviation latérale trahit, pour les néoplasies, une origine pariétale, à moins que cette origine ne se trouve sur les parties fixes de la capsule de Tenon ».

B. — AVEC LES TUMEURS NÉES DE LA PAROI SUPÉRIO-INTERNE DE L'ORBITE AUTRES QUE LES OSTÉO-SARCOMES.

Ce sont surtout les exostoses.

a). *Les exostoses* naissent surtout du frontal et de l'ethmoïde ; elles occupent donc le même siège que les ostéo-sarcomes que nous étudions. Cliniquement, les seuls signes par lesquels se révèle souvent leur présence sont : une saillie à la base de l'orbite et la déviation latérale de l'œil accompagnée d'un peu d'exophtalmie. C'est seulement dans les cas où l'exostose prend un grand développement, et au bout d'un temps souvent fort long, qu'on a des symptômes de compression de l'œil et de ses nerfs, des complications crâniennes ou du côté des fosses nasales. En somme, l'analogie est assez grande avec l'ostéo-sarcome, mais la palpation lève les doutes en faisant sentir une tumeur dure et osseuse. En outre, l'évolution est très lente.

b). *L'ostéo-périoste chronique tuberculeuse de l'orbite*, en déviant l'œil et en augmentant le volume du rebord osseux pourrait donner le change. M. le pro-

fesseur Gayet attire l'attention sur le diagnostic de cette affection avec les tumeurs des parois. Il donne comme signes différentiels : la fièvre, la douleur, l'empâtement douloureux de l'os.

C. — AVEC LES TUMEURS DES CAVITÉS VOISINES.

Les cavités voisines de l'orbite sont situées surtout en dedans et au-dessus de lui. Ce sont les fosses nasales, le sinus frontal, le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales. Ces cavités n'étant séparées de l'orbite que par des parois extrêmement minces, on s'explique la rapidité et la fréquence avec laquelle un néoplasme malin, né dans ces cavités, poussera des prolongements dans l'orbite ; d'où les difficultés du diagnostic avec les ostéo-sarcomes de l'orbite qui, de leur côté, nous le savons, envahissent rapidement les cavités voisines.

a). Les tumeurs malignes du sinus frontal ne se révèlent, le plus souvent, qu'au moment où elles commencent à dilater le sinus ; à cette période de distension, qui se traduit par des céphalées et des douleurs sourdes au niveau de la racine du nez, fait suite assez rapidement la perforation des parois du sinus. Enfin, dans une troisième période, la tumeur apparaît à l'extérieur. Les symptômes varient, du reste, suivant la direction que prend la tumeur ; si elle se développe du côté de l'orbite, ce qui est extrêmement fréquent, vu la minceur de la paroi qui sépare les deux cavités, on se trouve dans les conditions d'une tumeur du bord supéro-interne de l'orbite. L'œil est refoulé en

bas, en dehors et en avant. Comment, alors, faire le diagnostic avec une tumeur maligne née primitivement sur le bord supéro-interne ? Cela est, en réalité, bien difficile. Cependant, une tumeur du sinus frontal refoule parfois un peu en avant la paroi antérieure du sinus ; l'éclairage des cavités de la face, par la méthode employée aujourd'hui avec tant de succès pour le diagnostic des affections du sinus, montre, dès le début, que le sinus frontal, est opaque. Enfin, ce n'est pas seulement dans l'orbite que la tumeur maligne, née du sinus frontal, envoie ses prolongements ; elle peut en envoyer, en même temps du côté de la cavité crânienne et donner précocement des phénomènes de compression cérébrale. Evidemment tout ceci n'est vrai qu'au début ; mais c'est surtout au début que le diagnostic exact est important.

b). Les tumeurs malignes des fosses nasales (épithéliome ou sarcome), lorsqu'elles poussent des prolongements dans l'orbite, sont bien plus faciles à distinguer, quand bien même elles donneraient des symptômes orbitaires simulant absolument l'ostéosarcome du bord supéro-interne, nous aurions toujours, pour faire le diagnostic, la tumeur nasale, attirant forcément l'attention par la rhinite fétide, l'obstruction nasale, les épistaxis répétées qu'elles déterminent ; avec un spéculum il est, d'ailleurs, toujours facile de s'assurer de la présence de la tumeur que les signes précédents avaient fait soupçonner.

c). Nous ne parlerons pas des fibromes nasopharyngiens, dont le diagnostic est fait depuis longtemps lorsqu'apparaissent des prolongements orbitaires de la tumeur ; pas plus que des tumeurs malignes du sinus sphénoïdal, rares, d'ailleurs, et auxquelles on peut appliquer les mêmes considérations. Nous ne pouvons pas nous arrêter, non plus, sur une tumeur très rare, l'encéphalocèle de l'orbite qui vient, à travers la paroi orbitaire supérieure, faire saillie dans l'angle supéro-interne, mais qui est ordinairement congénitale.

CHAPITRE III

A. — Pronostic

Le pronostic de l'ostéo-sarcome de la paroi supéro-interne de l'orbite est extrêmement grave, au point de vue de la vie du malade; c'est le pronostic de toutes les tumeurs malignes de l'orbite. Il est à remarquer, toutefois, que si l'on considère le pronostic au point de vue des fonctions oculaires, on voit qu'il est bien meilleur dans l'ostéo-sarcome du bord supéro-interne, que dans les tumeurs malignes à point de départ rétro-oculaire. Dans celles-là en effet, l'œil est rapidement compromis, au point de vue de sa fonction spéciale comme au point de vue de sa motilité; au contraire, dans l'ostéo-sarcome le malade meurt alors que son œil est fonctionnellement presque intact.

B. — Traitement

Le diagnostic d'ostéo-sarcome étant fait, la conduite à tenir n'est pas douteuse : il faut opérer.

L'opération est anatomiquement difficile ; elle a peu de chances de prévenir la récidive ; mais il ne faut pas oublier que l'affection abandonnée à elle-même est fatale et qu'on ne doit pas priver le malade de la seule chance de guérir.

N'oublions pas, pourtant, que M. le professeur Jaboulay pratique et préconise, depuis quelques années, un traitement médical des néoplasmes malins épithéliomes ou sarcomes ; que, dès à présent, la quinine doit être employée à l'intérieur ou en applications locales, contre ces néoplasmes, soit à titre exclusif, soit comme complément du traitement opératoire. Pour ne parler que des tumeurs sarcomateuses, nous avons vu une jeune malade de la clinique de M. le professeur Jaboulay, atteinte d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Cette malade est traitée par la quinine depuis plus d'un an ; or, non seulement la tumeur n'a pas augmenté de volume, mais elle est devenue plus dure et semble s'être calcifiée. Ce sont des résultats encourageants et, en présence d'un ostéo-sarcome, il n'est plus permis, désormais, de négliger, cette méthode thérapeutique. Les ostéo-sarcomes du bord supéro-interne de l'orbite, comme les autres, doivent en bénéficier.

CONCLUSIONS

1^o L'ostéo-sarcome de l'orbite peut avoir pour point de départ, quoiqu'en disent Chauvel, de Wecker, Delens et la majorité des auteurs, le bord supéro-interne de cette cavité, et prendre naissance soit aux dépens du frontal, soit aux dépens de l'ethmoïde.

2^o C'est là une localisation rare de cette variété de tumeur maligne de la cavité orbitaire.

3^o Cette localisation imprime à la maladie une physionomie clinique spéciale.

4^o Le diagnostic de l'ostéo-sarcome du bord supéro-interne de l'orbite est difficile à faire, principalement avec les tumeurs malignes du sinus frontal et certaines tumeurs des fosses nasales ayant envahi secondairement la cavité orbitaire.

5^o Le traitement de cette variété d'ostéo-sarcome diffère peu de celui des autres tumeurs malignes de l'orbite. L'ablation totale, quoiqu'anatomiquement difficile et n'ayant que peu de chance de prévenir la récurrence, doit être pratiquée.

Le traitement par la quinine à l'intérieur ou en applications locales, suivant la méthode de M. le professeur Jaboulay, est indiqué là, comme dans tous les cas de tumeur maligne, soit à titre exclusif, soit comme complément du traitement opératoire.

Vu :

Le président de la Thèse,
JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 novembre 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- DEMARQUAY. — Thèse d'agrégation, 1853.
DEMARQUAY. — Traité des tumeurs de l'orbite.
BARBOT. — Thèse de Paris, 1877. Etude sur les sarcomes de l'orbite.
MALPAS. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite. Thèse de Paris, 1887-1888.
DUFAIL. — Sarcomes de l'orbite. Thèse de Paris, 1882.
BARROYER. — Les sarcomes de l'orbite. Thèse de Lille, 1900.
BERLIN. — Traité des maladies de l'orbite.
GAYET. — Cliniques d'ophtalmologie.
DE WECKER. — Traité d'ophtalmologie.
DELENS. — *In* traité de Chirurgie de Duplay-Reclus.
CHAUVEL. — *In* Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales.
-

